

## **Znaczenie kliniczne doznań podobnych do psychotycznych u dzieci i młodzieży**

### **Clinical significance of psychotic-like experiences in children and adolescents**

Barbara Remberk<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

#### **Summary**

Psychotic-like experiences (PLEs) are subtle, subclinical hallucinations and delusions which are quite common in general population. In children and youth prevalence rate is probably age-dependent with higher rate in younger population. PLEs are suggested to be a form of extended psychosis phenotype. Similar demographic, genetic and environmental risk factors observed for PLEs and schizophrenia support this hypothesis. Other mental health problems associated with PLEs include depression, suicidality, low functioning and psychiatric comorbidity. PLEs may be a risk factor for psychosis, but probably only for a minor subgroup of population. It is possible however, that PLEs are a risk factor for different psychiatric disorders. In the majority of children and adolescents PLEs disappear over time. PLEs are supposed to be a heterogenic phenomenon with different subtypes: associated with psychosis risk, associated with other psychiatric disorders and being within the normal range of experiences. Due to lack of widely acknowledged PLEs definition and because of substantial diversity of research methodology interpretation of the previous research should be made with caution.

**Słowa kluczowe:** doświadczenia podobne do psychotycznych, psychiatria dzieci i młodzieży, schizofrenia

**Key words:** psychotic-like experiences, child and adolescent psychiatry, schizophrenia

#### *Doznania podobne do psychotycznych*

Jeden z tradycyjnych podziałów dotyczących psychopatologii to podział na objawy o charakterze ilościowym i jakościowym – gdzie doznania psychotyczne uważano za przykład przeżyć jakościowo różnych od doświadczeń dostępnych dla osób zdrowych. Współczesne systemy klasyfikacyjne ICD-10 i DSM-5, z założenia ateoretyczne i postępujące się opisowymi, zoperacjonalizowanymi kryteriami, odeszły od tego

typu wartościowania [1, 2]. W tych klasyfikacjach granicę między normą a patologią wyznacza nie tyle natura objawów, ile ich nasilenie, wywołane cierpienie i upośledzenie funkcjonowania. Spójny z tym sposobem myślenia o zaburzeniach psychicznych jest nurt badań dotyczący zaburzeń psychotycznych rozumianych jako kontinuum. Zwiewne, subkliniczne objawy, określane jako doznania podobne do psychotycznych (*Psychotic-like Experiences* – PLEs), są – jak się wydaje w świetle nowszych badań – dość powszechne. Jednym ze sposobów rozumienia tego zjawiska jest traktowanie PLEs jako poszerzonego fenotypu psychozy.

Van Os i wsp. [3] dokonali metaanalizy 47 prac odnoszących się głównie do populacji dorosłych. Autorzy wnioskują, że subkliniczne doznania psychotyczne dotyczą prawdopodobnie około 8% populacji, podczas gdy objawy psychotyczne – około 4%. Objawy psychotyczne, mimo dyskomfortu jaki powodują, nie zawsze osiągają nasilenie wystarczające do postawienia rozpoznania psychozy, które obejmuje jeszcze węższy krąg badanych. Stwierdzone w badaniach rozpowszechnienie zależy od sposobu oceny – jeżeli podstawą oceny były wyłącznie wypowiedzi badanego, szacowana częstość występowania doznań wytwórczych była wyższa, jeżeli zaś oceny dokonywał klinicysta – niższa.

W Polsce według wiedzy autorki nie prowadzono dotychczas badań nad rozpowszechnieniem PLEs w populacji ogólnej. Natomiast w grupie polskich dorosłych badania subklinicznych halucynacji i urojeń prowadzili Gawęda i wsp. [4, 5].

### *Stosowane narzędzia badawcze*

W przypadku oceny tak subtelnych i subiektywnych doznań, jakimi są doznania podobne do psychotycznych i w przypadku tej szczególnej grupy badanej, jaką są osoby w wieku rozwojowym, wybór narzędzia i procedura badania mają ogromne znaczenie dla uzyskanych wyników. Przeglądu literatury dotyczącej badania PLEs we wszystkich grupach wiekowych dokonali Lee i wsp. [6]. Badacze włączyli do analizy 76 prac. W tych 76 pracach do oceny PLEs wykorzystano 41 narzędzi psychometrycznych. Najczęściej używane były *Magical Ideation Scale* (Skala Myślenia Magicznego, MIS), *Community Assessment of Psychic Experiences* (Skala Oceny Doświadczeń Psychicznych, CAPE) oraz *Launay–Slade Hallucination Scale* (Skala Halucynacji Launaya–Slade’a, LSHS). Wszystkie trzy narzędzia to kwestionariusze samooceny. W części prac obecność PLEs oceniano na podstawie predefiniowanych kryteriów lub na podstawie wcześniej zdefiniowanego progowego nasilenia objawów, natomiast w większości artykułów (67%) nie używano kryteriów zdefiniowanych przed rozpoczęciem badania. Osiem prac (10%) oceniało PLEs bardziej szczegółowo, z podziałem na obszary, takie jak doznania słuchowe czy zaburzenia myślenia. Autorzy konkludują, że widoczny w różnorodności metodologii badawczej brak złotego standardu dotyczącego definicji i oceny PLEs wynika zapewne z niedostatecznego jak dotąd zrozumienia tego zjawiska.

Wydaje się, że różnorodność metodologii badawczej jest również przejawem różnorodności założeń leżących u podstaw projektu badania. Część badań ma charakter eksploracyjny, oceniane są częstość występowania, przebieg czy też korelaty

zjawiska PLEs [np. 7, 8]. W innych pracach podejmowana jest próba weryfikacji lub falsyfikacji hipotezy, że doznania te są częścią poszerzonego fenotypu psychozy [np. 9]. Kolejny nurt badawczy korzysta już z założenia, że PLEs są elementem poszerzonego fenotypu psychozy i w tej grupie osób badanych poszukuje związków, które przyczynią się do zrozumienia istoty schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych [np. 10].

### *Doznania podobne do psychotycznych jako element poszerzonego fenotypu psychozy*

Jeżeli PLEs istotnie są częścią poszerzonego fenotypu psychozy, to demograficzne i biologiczne czynniki ryzyka występowania PLEs powinny być podobne do czynników związanych ze schizofrenią. Według zespołu van Os i wsp. [3] tak istotnie jest. Dotyczy to czynników demograficznych (młodszy wiek, niższe wykształcenie, bezrobocie, status mniejszości, mniejsze dochody, stan wolny, płeć męska) i środowiskowych (substancje psychoaktywne, stres, miasto jako miejsce zamieszkania). Podobnie jak w przypadku pełnoobjawowych zaburzeń psychotycznych obserwowano również występowanie rodzinne PLEs, występowanie PLEs u krewnych osób ze schizofrenią, a także współwystępowanie PLEs z subtelnymi dysfunkcjami poznawczymi. Innym sposobem potwierdzenia, czy PLEs są częścią poszerzonego fenotypu, jest ocena rozpowszechnienia w porównaniu z rozpowszechnieniem zaburzeń psychotycznych. Jeżeli w danej populacji zaburzenia psychotyczne występują częściej, spodziewamy się również większego rozpowszechnienia stanów z obszaru poszerzonego fenotypu. Jeżeli na danym obszarze psychozy diagnozuje się rzadziej, rozpowszechnienie PLEs powinno być mniejsze. Aby to wyjaśnić, przeprowadzono badanie populacyjne NEMESIS dotyczące pięciu obszarów o różnym poziomie urbanizacji. Faktycznie w obszarach o większym stopniu urbanizacji stwierdzono częstsze występowanie zarówno zaburzeń psychotycznych, jak i subklinicznych doznań wytwórczych, których rozpowszechnienie zwiększało się w podobny sposób w zależności od zmiany warunków środowiskowych [3, 9].

Pojawia się zatem pytanie, czy występowanie doznań o charakterze PLEs jest związane z większym ryzykiem rozwoju pełnoobjawowego zespołu chorobowego. Wydaje się, że subkliniczne doznania psychotyczne w ciągu kilku lat obserwacji utrzymują się u około 20–30% osób, które ich doświadczają. Rozwój zaburzeń psychotycznych dotyczy około 0,6% osób rocznie [11].

Badania nad PLEs, choć określane najczęściej jako analiza „poszerzonego fenotypu psychozy”, w istocie zwykle traktują to zjawisko jako element poszerzonego fenotypu schizofrenii. Ponieważ z jednej strony sama procedura oceny doznań podobnych do psychotycznych u dzieci może stanowić wyzwanie diagnostyczne, z drugiej strony zaś psychozy o wczesnym początku stanowią szczególną formę zaburzeń psychotycznych i nie ograniczają się wyłącznie do schizofrenii, w niniejszej pracy chciałabym skoncentrować się na znaczeniu PLEs u dzieci i młodzieży.

*Badania dotyczące populacji w wieku rozwojowym*

## Rozpowszechnienie

Metaanalizę dziewiętnastu badań dotyczących populacji ogólnej dzieci i adolescentów opublikowanych do 2011 roku przedstawili Kelleher i wsp. [12]. W analizowanych pracach rozpowszechnienie PLEs wahało się od 4,7 do 35,5% z medianą 17% w grupie wiekowej 9–12 lat i 7,5% w grupie wiekowej 13–18 lat. Kwestia rozpowszechnienia objawów nie wyczerpuje jednakże złożoności zagadnienia.

## PLEs w obrębie poszerzonego fenotypu psychozy

Wyniki badania kohortowego analizującego inne czynniki związane z ewentualnym występowaniem PLEs przedstawili Polanczyk i wsp. [13]. W reprezentatywnej grupie bliźniąt przeprowadzono wywiad w wieku 5, 7, 10 i 12 lat. W dwunastym roku życia oceniono u dzieci obecność objawów psychotycznych. I tak 14% badanych zgłosiło doznania, które prawdopodobnie miały charakter psychotyczny, 6% zaś doznania, które badacze jednoznacznie ocenili jako objawy psychotyczne. Jedno dziecko z próby było w chwili badania leczone z rozpoznaniem schizofrenii. Wyniki tej pracy są spójne z hipotezą PLEs jako poszerzonego fenotypu schizofrenii. Badacze stwierdzili częstsze występowanie doznań psychotycznych u obu bliźniąt monozygotycznych niż u obojga dizygotycznych: wskazuje to na występowanie czynnika dziedzicznego. Ponadto w rodzinach dzieci z doznaniem psychotycznymi częściej obserwowano zaburzenia ze spektrum schizofrenii, samobójstwa i hospitalizacje psychiatryczne. U dzieci z objawami wytwórczymi częściej także występowały znane środowiskowe i indywidualne czynniki ryzyka schizofrenii: mieszkanie w mieście, nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny, niższa masa urodzeniowa, niższy iloraz inteligencji, deficyty funkcji wykonawczych i teorii umysłu. Dzieci, które w 12. roku życia relacjonowały doznania psychotyczne, w wieku 5 lat miały więcej problemów eksternalizacyjnych, a być może także internalizacyjnych, były wyizolowane i miały trudności edukacyjne. Relacjonowały też więcej zaburzeń zachowania, lęku i objawów depresyjnych. W grupie tej było także więcej zachowań autoagresywnych.

Czynniki ryzyka PLEs podobne do znanych czynników ryzyka schizofrenii zaobserwowano również w losowej próbie 5427 chińskich adolescentów [14], którzy wypełnili kwestionariusz CAPE. PLEs związane były z mieszkaniem w mieście, obciążeniem rodzinnym zaburzeniami psychicznymi i doświadczaniem traumatycznych wydarzeń. Z kolei Tochigi i wsp. [15] w grupie ponad 18000 japońskich adolescentów oceniali PLEs przy użyciu kwestionariusza samooceny. Pytania dotyczyły objawów charakterystycznych dla schizofrenii – urojeń odsłonięcia, odnoszących i prześladowczych, głosów i doznań cenestetycznych. Badacze potwierdzili związek PLEs z sezonowością urodzeń.

Z kolei badanie podłużne potwierdzające związek PLEs z jawnymi klinicznie zaburzeniami ze spektrum schizofrenii przedstawili Poulton i wsp. [16]. W badaniu kohortowym o piętnastoletnim okresie obserwacji obecność zwiewnych objawów psy-

chotycznych w wieku lat 11 była związana z późniejszym występowaniem schizofrenii lub psychozy schizofrenopodobnej; rozwój choroby nastąpił u 2% dzieci bez PLEs, u 9,5% dzieci, u których w wieku 11 lat występowały niezbyt nasilone doznania i u 25% dzieci z nasilonymi PLEs. Co więcej, blisko połowa osób, które były chore w wieku 26 lat, już w 11. roku życia doświadczała objawów psychotycznych, które w owym czasie nie spełniały jeszcze kryteriów diagnostycznych pełnoobjawowej psychozy.

W wieku 11 lat oceniana była również kohorta badana przez Wigman i wsp. [17]. Narzędziem był kwestionariusz samooceny, który osoby badane wypełniały w punkcie początkowym badania, a następnie po około 2,5 roku oraz po 5 latach. Autorzy zaobserwowali cztery trajektorie zmian nasilenia objawów. Pierwsza grupa – ponad 80% badanych – zarówno w punkcie początkowym badania, jak i w toku dalszej obserwacji relacjonowała niski poziom PLEs. W drugiej grupie odnotowano początkowo dość wysoki poziom PLEs, które ustąpiły w toku obserwacji. W przypadku trzeciej grupy początkowo przeciętne nasilenie PLEs wzrastało w następnych latach. Czwarta grupa (2% badanych) to osoby, u których istotne nasilenie PLEs na początku badania zwiększyło się jeszcze w trakcie obserwacji. Osoby z tej grupy częściej korzystały z leczenia psychiatrycznego niż pozostali. Rosnące nasilenie PLEs w okresie obserwacji było związane z innymi czynnikami uznawanymi za czynniki ryzyka psychozy (stosowanie kanabinoli, doświadczenia traumatyczne, status mniejszości i problemy rozwojowe).

#### PLEs jako niespecyficzny czynnik ryzyka. Badania przekrojowe

Kolejna grupa badań natomiast wskazuje na powiązanie PLEs z objawami lub jawnymi klinicznie zaburzeniami psychicznymi o charakterze niepsychotycznym. Zwraca się uwagę na powiązanie PLEs z objawami depresyjnymi. Takie wyniki uzyskali między innymi Asher i wsp. [18]. U 6455 dwunastolatków doznania PLEs były związane z gorszym funkcjonowaniem społecznym, jednakże związek ten może w dużym stopniu być wyjaśniony przez równoczesne występowanie problemów emocjonalnych i behawioralnych u badanych dzieci. Z kolei w reprezentatywnej grupie blisko 800 hiszpańskich adolescentów uczęszczających do szkół w Barcelonie analizowano związek objawów depresyjnych z różnego typu subklinicznymi doznaniem psychotycznymi [7]. Subkliniczne doznania prześladowcze i halucynacje dodatkowo korelowały z objawami depresyjnymi, związku takiego nie zaobserwowano dla nastawień odnoszących, natomiast dla objawów wielkościowych współczynnik korelacji był ujemny. Spośród objawów negatywnych z depresją związane były wycofanie społeczne i awolicja, ale nie zblednięcie afektu. Również Jang i wsp. [19] w grupie ponad 8000 koreańskich adolescentów zaobserwowali powiązanie pomiędzy zwierynymi objawami psychotycznymi a cechami depresji i myślami samobójczymi; przy czym wydaje się, że częściowo zależność pomiędzy PLEs a myślami samobójczymi jest pośrednia – poprzez objawy depresyjne.

Z kolei Scott i wsp. [20] połączyli PLEs z szeregiem czynników. I tak u 1261 australijskich adolescentów z populacji ogólnej występowaniu omamów towarzyszyły takie parametry, jak: wychowanie w rodzinie niepełnej lub zrekonstruowanej, występowanie objawów depresyjnych lub zdiagnozowanej depresji, stosowanie marihuany

oraz wyższy wynik w skali *Child Behavior Checklist*, która jest skalą wypełnianą przez opiekunów i ocenia nasilenie problemów emocjonalnych i behawioralnych u dziecka. Badano również występowanie PLEs w reprezentatywnej grupie 5910 adolescentów w Irlandii [8]. Liczne czynniki demograficzne i społeczne korelowały z występowaniem PLEs: rasa inna niż kaukaska, bezrobocie, niskie wykształcenie i problemy psychiczne rodziców, doświadczenie trudnych wydarzeń życiowych, problemy emocjonalne osoby badanej, nadużywanie substancji psychoaktywnych, a także szereg czynników intrapsychicznych związanych z niską samooceną i ograniczoną zdolnością pokonywania trudności. Spośród zmiennych demograficznych z występowaniem PLEs korespondowały płeć żeńska i młodszy wiek.

Kinoshita i wsp. [21] zaobserwowali natomiast związek pomiędzy PLEs a zachowaniami agresywnymi wobec otoczenia w populacji ponad 18 000 japońskich nastolatków. W tej samej populacji potwierdzono związek PLEs z tendencjami auto-agresywnymi [22].

Wigman i wsp. [23] analizowali strukturę PLEs. Autorzy przedstawili badanie reprezentatywnej próby 5422 holenderskich adolescentów. W tej grupie 95% nastolatków doświadczyło przynajmniej jednego z objawów psychotycznych, 43% zaś deklaroowało, że doznania te występują często. Następnie autorzy wyodrębnili pięć czynników określonych jako: „paranoja” (objawy o naturze nastawień ksobnych i prześladowczych), „wielkościowość”, „paranormalne przekonania”, „urojenia”, „halucynacje”. Z ogólnym poziomem psychopatologii korelowały czynniki „halucynacje”, „urojenia”, „paranoja”. W analizie dotyczącej związku płci i wieku z nasileniem objawów stwierdzono częstsze występowanie doznań u dziewcząt i wzrost nasilenia wraz z wiekiem (co jest ciekawe, bo w wielu badaniach to młodszy wiek był łączony z większym nasileniem PLEs). Wyniki te zostały przez badaczy potwierdzone w kolejnym badaniu z udziałem innej próby (n = 2230) nastolatków z populacji ogólnej.

Interesujące konstatacje odnośnie związku wieku z klinicznym znaczeniem PLEs przedstawili Kelleher i wsp. [24]. Badanie dotyczyło dwóch grup adolescentów: w wieku 11–13 lat i 13–16 lat. Występowanie objawów psychotycznych potwierdziło 21% dzieci z młodszej grupy i 7% ze starszej, a towarzyszyły im różnego typu problemy emocjonalne i behawioralne. Co ważne, znaczenie kliniczne doznań zwiększało się wraz z wiekiem próby badanej. W grupie osób, u których występowały doznania podobne do psychotycznych, trudności emocjonalne lub behawioralne o nasileniu klinicznym odnotowano u 49% dzieci w wieku 11–13 lat oraz u 65% starszych adolescentów.

#### PLEs jako niespecyficzny czynnik ryzyka. Badania podłużne

Rubio i wsp. [25] dokonali systematycznego przeglądu literatury odnoszącej się do przebiegu doznań omamowych u dzieci i młodzieży. Do analizy włączono 11 prac dotyczących dzieci i młodzieży w wieku 7–18 lat. Wynika z nich, że halucynacji doświadczało od 4,9 do 9,0% osób z badanych populacji. W ciągu każdego roku obserwacji odsetek osób, u których tego rodzaju dolegliwości ustąpiły, wynosił od 3,4 do 40,7% zależnie od analizowanej publikacji. Rozwój psychozy oceniano jedynie

w 3 badaniach: zaburzenia psychotyczne wystąpiły u odpowiednio 1,3%, 0,6% i 0% osób doświadczających halucynacji.

Większe ryzyko utrzymywania się objawów związane było z większym nasileniem doznań i występowaniem omamów o charakterze głosów, a także z występowaniem innych objawów psychopatologicznych. Mniejsze nasilenie objawów i obecność czynnika spustowego dawały z kolei większą szansę na ustąpienie dolegliwości.

Spośród prac opublikowanych później niż powyższa metaanaliza warto wspomnieć o wynikach Fisher i wsp. [26]. Analizowano kohortę 789 dzieci, spośród których w 11. roku życia dyskretne lub wątpliwe doznania psychotyczne zgłosiło około 10% dzieci, wyraźniej nasilone zaś – 1,7%. Następnie osoby uczestniczące w badaniu były poddawane kolejnym ocenom w odstępach kilkuletnich. Ostatniej opisanej w tej pracy oceny dokonano w 38. roku życia badanych. Występowanie objawów psychotycznych w dzieciństwie było związane z późniejszym rozpoznaniem schizofrenii, ale nie tylko: zwiększone ryzyko dotyczyło również zespołu stresu pourazowego i tendencji samobójczych. Spośród 13 osób badanych, które w dzieciństwie zgłosiły wyraźne objawy psychotyczne, tylko dwie osoby w 38. roku życia nie miały zaburzeń psychicznych. Zatem o ile występowanie objawów psychotycznych w dzieciństwie wiązało się z ryzykiem późniejszych zaburzeń psychicznych, o tyle nie było specyficzne dla schizofrenii.

Z kolei Laurens i wsp. [27] przedstawiają wyniki badania podłużnego kohorty dzieci z populacji ogólnej, które w momencie pierwszego (kwestionariuszowego) badania miały od 9 do 11 lat. Badaniu poddano grupę, u której oprócz PLEs występowały dodatkowo inne czynniki ryzyka: opóźnienia w rozwoju mowy i w rozwoju psychoruchowym oraz problemy emocjonalne lub behawioralne. Tak wyodrębniona grupa stanowiła 9,4% badanych. W trakcie sześcioletniej obserwacji w tej podgrupie odnotowano szereg dodatkowych trudności: dysfunkcje poznawcze, wycofanie społeczne, większą ilość negatywnych doświadczeń oraz silniejsze negatywne przeżywanie tychże sytuacji. Jednakże autorzy – przynajmniej jak dotąd – nie powiązali tych czynników z rozwojem choroby psychicznej. Również w badaniu Downsa i wsp. [28] dotyczącym podgrupy 547 dzieci z tej samej próby po dwóch latach obserwacji PLEs utrzymywały się u 39% spośród osób, u których występowały w punkcie początkowym. Utrzymywanie się tych dolegliwości było związane z większym ryzykiem zaburzeń eksternalizacyjnych i internalizacyjnych.

Warto zauważyć, że pomimo powiązania PLEs z niekorzystnymi objawami lub ryzykiem rozwoju zaburzeń psychicznych, niekorzystny przebieg dotyczy mniejszości osób doświadczających tych objawów. Dla większości młodych ludzi z populacji ogólnej doświadczających PLEs nie mają one – według naszej obecnej wiedzy – negatywnych konsekwencji.

### *Znaczenie PLEs w populacji klinicznej*

Simon i wsp. [29] analizowali obecność PLEs w grupie 84 leczonych ambulatoryjnie adolescentów. Omamy o nasileniu subklinicznym stwierdzono u blisko  $\frac{2}{3}$  badanej grupy, przy czym po roku obserwacji u 53% osób doznania omamowe ustąpiły, u 14% zaś zmniejszyły swoje nasilenie. Z utrzymywaniem się subklinicznych

omamów związany był niższy wynik w skali wykorzystanej do oceny funkcjonowania w punkcie początkowym badania. Autorzy nie oceniają niestety wpływu diagnozy na utrzymywanie się lub ustąpienie omamów. Z kolei Kelleher i wsp. [30] porównywali hospitalizowanych psychiatrycznie adolescentów, u których odnotowano PLEs, z grupą hospitalizowanych pacjentów bez takich doznań. Występowanie PLEs okazało się czynnikiem ryzyka związanym z gorszym funkcjonowaniem psychospołecznym, tendencjami samobójczymi i współwystępowaniem u osoby chorej kilku zaburzeń psychicznych. Wyniki powyższych dwóch badań sugerują, że PLEs są nie związanym z rozwojem psychozy czynnikiem ryzyka poważniejszego przebiegu zaburzeń psychicznych.

## Dyskusja

### Psychopatologia

Warto w tym miejscu przypomnieć tradycyjnie rozumiane podstawy psychopatologii. W podręczniku traktowanym w Polsce jako kluczowy w nauczaniu psychiatrii [31] omamy definiowane są jako „spostrzeżenia nieistniejących w rzeczywistości przedmiotów, którym towarzyszy błędny sąd realizujący” (s. 343). Urojenia natomiast to przekonania charakteryzujące się tym, że „1. Są fałszywe. 2. Występują w kontekście chorobowym. 3. Dotyczy ich niezwykle silne odczucie oczywistości. 4. Są niekorygowalne” i dodatkowo „5. Charakter treści jest wyobcowujący społecznie” (nie są uwarunkowane kulturowo, s. 351).

Oczywiście używane w cytowanych powyżej pracach określenie „doznania podobne do psychotycznych” już samo w sobie zakłada, że objawy te nie są tożsame z objawami wytwórczymi *sensu stricto*. Nie jest jednak jasne, czym PLEs są w takim razie. Najczęściej używane w badaniu PLEs narzędzia kwestionariuszowe nie oceniają obecności sądu realizującego czy też niekorygowalności urojeń. W niektórych badaniach obecność PLEs była oceniana nie tylko na podstawie relacji osoby badanej, lecz jeszcze dodatkowo weryfikowana przez osobę przeprowadzającą badanie. Nie mamy wszakże informacji, czy obecność sądu realizującego była jednym z elementów oceny dokonywanej przez profesjonalistę. Jest to zagadnienie ważne, o czym świadczą wyniki zespołu Bartels-Velthuis i wsp. [32], gdzie wśród czynników związanych z utrzymywaniem się omamów słuchowych w okresie obserwacji autorzy wymieniają zewnętrzną atrybucję doświadczanych objawów.

Słuszna zatem wydaje się refleksja [33], że PLEs w obecnym rozumieniu są w swojej istocie złożonym heterogennym konstruktem, o zróżnicowanym przebiegu i przyczynach. Yung i wsp. [34] sugerują, że w obrębie PLEs można wyróżnić trzy obszary: (1) PLEs łączące się z zaburzeniami neurorozwojowymi i ryzykiem rozwoju psychozy; (2) „szum kliniczny” związany z zaburzeniami niepsychotycznymi oraz (3) doznania będące w obszarze normy, nie związane z jakąkolwiek chorobą.

### Trudności związane z diagnostyką dzieci i młodzieży

W badaniu psychiatrycznym dzieci i młodzieży pojawiają się trudności, które nie dotyczą innych grup wiekowych. Jedną z nich jest niedojrzałość poznawcza i emocjonalna osób w wieku rozwojowym, inną – choć poniekąd związaną z poprzednią – ograniczony wgląd w swoje procesy psychiczne. Te znane z praktyki klinicznej ograniczenia zostały potwierdzone również w badaniach nad PLEs. W pracy Thapar i wsp. [35] w 11. roku życia 18% dzieci zgłosiło, że kiedyś w życiu doświadczyło doznań psychotycznych. Pięć lat później, w 16. roku życia, jedynie 8% spośród nich twierdziło, że kiedykolwiek (czyli między innymi przed poprzednim badaniem) doświadczyło PLEs. Warto także zauważyć, że w części badań do oceny obecności PLEs używano kwestionariuszy wypełnianych przez osobę badaną – do czego konieczna jest zdolność czytania ze zrozumieniem. W międzynarodowym badaniu PISA zdecydowanie niewystarczające umiejętności w obszarze czytania i interpretacji wykazało 10,6% polskich uczniów, w wielu krajach Europy zaś wskaźnik ten mieścił się w zakresie pomiędzy 15 a 20% lub powyżej [36]. Zatem zarówno specyfika grupy badanej, jak i ograniczenia użytych narzędzi przyczyniają się do trudności w interpretacji wyników dotychczasowych badań.

### Podsumowanie

1. Doświadczenia podobne do psychotycznych występują powszechnie w populacji ogólnej dzieci i młodzieży i u większości osób ustępują samoistnie.
2. PLEs mogą być związane z występowaniem innych objawów psychopatologicznych, między innymi objawów depresyjnych i myśli samobójczych. Prawdopodobnie pewien podtyp objawów PLEs jest czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń psychotycznych zwłaszcza ze spektrum schizofrenii. Generalnie PLEs wydają się czynnikiem ryzyka rozwoju różnych zaburzeń psychicznych.
3. Większe nasilenie PLEs jest związane z większym ryzykiem utrzymywania się dolegliwości i rozwoju pełnoobjawowych zaburzeń (przydatność praktyczna tej obserwacji wydaje się ograniczona; zasada, że większe nasilenie objawów wiąże się z poważniejszym przebiegiem zaburzeń, dotyczy bardzo wielu sytuacji klinicznych).
4. Brak jednoznacznej definicji PLEs i różnorodność założeń leżących u podstaw metodologii badawczej utrudniają interpretację opublikowanych wyników.
5. Badania dotyczące PLEs rozumianych jako element poszerzonego fenotypu psychozy generalnie potwierdzają istnienie takiego związku.
6. Badania dotyczące PLEs rozumianych jako doznania z obszaru normy lub jako niespecyficzny czynnik związany z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi miały przede wszystkim charakter eksploracyjny. Wydaje się, że aby – niewątpliwie potrzebne – dalsze prace dotyczące tego obszaru w sposób istotny poszerzyły naszą wiedzę, wartościowe byłyby bardziej szczegółowa konceptualizacja zjawiska PLEs i badania skoncentrowane na weryfikacji lub falsyfikacji konkretnych hipotez.

### Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva; 1992.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC; 2013.
3. Os J van, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder*. *Psychol. Med.* 2009; 39(2):179–195.
4. Gawęda Ł, Kokoszka A. *Polska wersja Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (RHS) Morrisona i wsp. Analiza czynnikowa skali oraz częstotliwość występowania doświadczeń podobnych do omamów wśród osób zdrowych psychicznie*. *Psychiatr. Pol.* 2011, 45(4): 527–543.
5. Gawęda Ł, Prochwicz K, Cella M. *Cognitive biases mediate the relationship between temperament and character and psychotic-like experiences in healthy adults*. *Psychiatry Res.* 2015; 30; 225(1–2): 50–57.
6. Lee KW, Chan KW, Chang WC, Lee EH, Hui CL, Chen EY. *A systematic review on definitions and assessments of psychotic-like experiences*. *Early Interv. Psychiatry* 2016;10(1): 3–16.
7. Barragan M, Laurens KR, Navarro JB, Obiols JE. *Psychotic-like experiences and depressive symptoms in a community sample of adolescents*. *Eur. Psychiatry* 2011, Sep.; 26(6): 396–401.
8. Dolphin L, Dooley B, Fitzgerald A. *Prevalence and correlates of psychotic like experiences in a nationally representative community sample of adolescents in Ireland*. *Schizophr. Res.* 2015, Dec.;169(1–3): 241–247.
9. Os J van, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. *Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2001;58 (7): 663–668.
10. Castro-Catala M de, Cristóbal-Narváez P, Kwapil TR, Sheinbaum T, Peña E, Barrantes-Vidal N, Rosa A. *Association between RGS4 variants and psychotic-like experiences in nonclinical individuals*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2016; 267 (1): 19–24
11. Os J van. *Psychotic experiences: disadvantaged and different from the norm*. *Br. J. Psychiatry* 2012; 201(4): 258–259.
12. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. *Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies*. *Psychol. Med.* 2012; 42(9): 1857–1863.
13. Polanczyk G, Moffitt TE, Arseneault L, Cannon M, Ambler A, Keefe RS i wsp. *Etiological and clinical features of childhood psychotic symptoms: results from a birth cohort*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2010; 67(4): 328–338.
14. Sun M, Hu X, Zhang W, Guo R, Hu A, Mwansisya TE i wsp. *Psychotic-like experiences and associated socio-demographic factors among adolescents in China*. *Schizophr. Res.* 2015; 166(1–3): 49–54.
15. Tochigi M, Nishida A, Shimodera S, Okazaki Y, Sasaki T. *Season of birth effect on psychotic-like experiences in Japanese adolescents*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2013; 22(2): 89–93.
16. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. *Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57(11): 1053–1058.
17. Wigman JT, Winkel R van, Raaijmakers QA, Ormel J, Verhulst FC, Reijneveld SA i wsp. *Evidence for a persistent, environment-dependent and deteriorating subtype of subclinical*

- psychotic experiences: a 6-year longitudinal general population study.* Psychol. Med. 2011; 41(11): 2317–2329.
18. Asher L, Zammit S, Sullivan S, Dorrington S, Heron J, Lewis G. *The relationship between psychotic symptoms and social functioning in a non-clinical population of 12-year olds.* Schizophr. Res. 2013; 150(2–3): 404–409.
  19. Jang JH, Lee YJ, Cho SJ, Cho IH, Shin NY, Kim SJ. *Psychotic-like experiences and their relationship to suicidal ideation in adolescents.* Psychiatry Res. 2014; 30; 215(3): 641–645.
  20. Scott J, Martin G, Bor W, Sawyer M, Clark J, McGrath J. *The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: results from a national survey.* Schizophr. Res. 2009; 107(2–3): 179–185.
  21. Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, Kinoshita K, Watanabe N, Oshima N i wsp. *Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents.* Schizophr. Res. 2011; 126 (1–3): 245–251.
  22. Nishida A, Shimodera S, Sasaki T, Richards M, Hatch SL, Yamasaki S i wsp. *Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents.* Schizophr. Res. 2014; 159(2–3): 257–262.
  23. Wigman JT, Vollebergh WA, Raaijmakers QA, Iedema J, Dorsseleer Svan, Ormel J i wsp. *The structure of the extended psychosis phenotype in early adolescence – a cross-sample replication.* Schizophr. Bull. 2011; 37(4): 850–860.
  24. Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Lynch F, Fitzpatrick C, Devlin N i wsp. *Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies.* Br. J. Psychiatry 2012; 201(1): 26–32.
  25. Rubio JM, Sanjuán J, Flórez-Salamanca L, Cuesta MJ. *Examining the course of hallucinatory experiences in children and adolescents: a systematic review.* Schizophr. Res. 2012; 138 (2–3): 248–254.
  26. Fisher HL, Caspi A, Poulton R, Meier MH, Houts R, Harrington H i wsp. *Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: a birth cohort study.* Psychol. Med. 2013; 43(10): 2077–2086.
  27. Laurens KR, Cullen AE. *Toward earlier identification and preventative intervention in schizophrenia: evidence from the London Child Health and Development Study.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2015; doi: 10.1136/bmjopen-2015-009023.
  28. Downs JM, Cullen AE, Barragan M, Laurens KR. *Persisting psychotic-like experiences are associated with both externalising and internalizing psychopathology in a longitudinal general population child cohort.* Schizophr. Res. 2013; 144(1–3): 99–104.
  29. Simon AE, Cattapan-Ludewig K, Gruber K, Ouertani J, Zimmer A, Roth B, Isler E, Umbricht D. *Subclinical hallucinations in adolescent outpatients: an outcomestudy.* Schizophr. Res. 2009; 108(1–3): 265–271.
  30. Kelleher I, Devlin N, Wigman JT, Kehoe A, Murtagh A, Fitzpatrick C i wsp. *Psychotic experiences in a mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning.* Psychol. Med. 2014; 44(8): 1615–1624.
  31. Wciórka J. *Psychopatologia.* W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria*, t. 1. Wrocław: Urban & Partner; 2002.
  32. Bartels-Velthuis AA, Willige G van de, Jenner JA, Os J van, Wiersma D. *Course of auditory vocal hallucinations in childhood: 5-year follow-up study.* Br. J. Psychiatry 2011; 199(4): 296–302.
  33. Nelson B, Yung AR. *Psychotic-like experiences as overdetermined phenomena: when do they increase risk for psychotic disorder?* Schizophr. Res. 2009; 108(1–3): 303–304.

34. Yung AR, Nelson B, Baker K, Buckby JA, Baksheev G, Cosgrave EM. *Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia*. Aust. NZ J. Psychiatry 2009; 43(2): 118–128.
35. Thapar A, Heron J, Jones RB, Owen MJ, Lewis G, Zammit S. *Trajectories of change in self-reported psychotic-like experiences in childhood and adolescence*. Schizophr. Res. 2012; 140(1–3): 104–109.
36. *Program Międzynarodowej Oceny Umiejętności Uczniów. OECD PISA. Wyniki Badania 2012 w Polsce*. Ministerstwo Edukacji Narodowej; 2012.

Adres: Barbara Remberk  
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 23.02.2016

Zrecenzowano: 19.05.2016

Otrzymano po poprawie: 23.06.2016

Przyjęto do druku: 26.06.2016